



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

JÉSSICA SILVA FERREIRA

**RACIONALIDADE DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS PARA PACIENTES QUE  
ADQUIREM MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO  
CURIMATAÚ PARAIBANO**

CUITÉ - PB

2016

JÉSSICA SILVA FERREIRA

**RACIONALIDADE DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS PARA PACIENTES QUE  
ADQUIREM MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO  
CURIMATAÚ PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de  
Farmacêutico.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo dos Santos Diniz

CUITÉ - PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F383r      Ferreira, Jéssica Silva.

Racionalidade de prescrições médicas para pacientes que adquirem medicamentos na farmácia básica de um município do Curimataú Paraibano. / Jéssica Silva Ferreira. – Cuité: CES, 2016.

42 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientador: Rodrigo dos Santos Diniz.

1. Medicamentos na atenção básica. 2. Programa mais médicos. 3. Erros de medicação. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 615.4

JÉSSICA SILVA FERREIRA

**RACIONALIDADE DE PRESCRIÇÕES MÉDICAS PARA PACIENTES QUE  
ADQUIREM MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO  
CURIMATAÚ PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de  
Farmacêutico.

**APROVADO EM: 20 / 04 / 2016**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rodrigo dos Santos Diniz - UFCG  
Orientador

---

Prof.<sup>a</sup> Msc. Yonara Monique da Costa Oliveira - UFCG  
Examinadora

---

Msc. Sara Iasmin Vieira Cunha Lima - UFRN  
Examinadora

CUITÉ - PB  
2016

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado ânimo todas as vezes que pensei em desistir e por ouvir todas as minhas orações quando me senti sozinha e incapaz de aceitar qualquer desafio que era imposto a mim. Obrigada Senhor Jesus por tudo, inclusive por me dar a oportunidade de realizar esse grande sonho.

Agradeço imensamente à minha família por estar sempre ao meu lado, pelos conselhos, pelas palavras de fé e, sobretudo, pelo amor enorme que me proporcionam até hoje. Essa gratidão vai em especial para minha mãe, Gilvaneide, minha madrinha-mãe, Neuzimar, obrigado pelo amor de vocês, o qual me trouxe até aqui. Agradeço também ao meu tio, Edmilson, que posso dizer MEU PAI, obrigado por tudo que você fez por mim e por ter me dado o verdadeiro amor de pai. Vocês são meu tudo.

Ao meu orientador, Rodrigo Diniz, pela paciência e por estar sempre disposto a ajudar. Obrigado por todo conhecimento dividido. À professora Yonara Monique e Sara Iasmin por aceitarem participar da minha banca examinadora, dividindo seus conhecimentos e contribuindo positivamente para o meu crescimento.

Às minhas irmãs, Ednayara e Joicy, pelo carinho, alegrias e por estarem comigo me ajudando durante essa jornada. Aos meus irmãos, José, Joaquim e Wellington, obrigado pelo incentivo.

Aos meus amigos, Lillian, Helena, Ester, Amanda, Kênia, Renata, Danyel, Jessé e Martiniano por sempre torcerem por mim e por terem passado momentos incríveis e inesquecíveis nessa cidade tão linda, Cuité. Sem vocês nada disso teria sentido.

Agradeço a farmacêutica Maria Helena por aceitar fazer parte da comissão da análise das prescrições. Meu muito obrigado, pois sua ajuda foi de grande importância para realização desse trabalho.

Agradeço àqueles que devido algum problema se distanciaram, mas de uma forma ou de outra passaram um tempinho na minha vida e sem dúvidas possuem um espaço em meu coração e serão sempre lembrados.

*A virtude do conhecimento encontra-se no exercício da paciência e  
ambos formam o caminho para a plenitude da sabedoria.*

*Voltair*

## RESUMO

FERREIRA, J. S. **Prescrições dispensadas na farmácia básica de um município do curimataú paraibano: completude e legibilidade das informações.** 2016. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2016.

A prescrição medicamentosa é um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve e quem dispensa o medicamento, estando sujeitos à legislação de controle e vigilância sanitários. Para avaliar sua qualidade, indicadores podem ser utilizados, os quais são medidas qualitativas ou quantitativas que avaliam desempenhos, detectam problemas e orientam a solução. Adicionalmente, podem ser empregados em qualquer aspecto da cadeia de assistência: pessoas, processos, equipamentos ou instituições de saúde. Embasado nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar as prescrições médicas para pacientes que adquirem medicamentos na Farmácia Básica, na cidade de Cuité-PB. A amostra foi constituída de prescrições de residentes do município, atendidos por médicos do programa “Mais Médicos” (PMM) e Médicos Brasileiros durante o período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2015. Das 600 prescrições analisadas, 390 (65%) eram de Médicos Brasileiros e 210 (35%) de médicos do PMM. Houve diferença significativa ( $p < 0,005$ ) entre os dois grupos em relação à completude e legibilidade, com exceção da assinatura ( $p > 0,005$ ). 35% das prescrições não apresentavam tempo de tratamento. As abreviaturas mais usadas foram CP (45%) seguida de CM (35%) e outras (20%). Pelo menos 65 medicamentos não estavam presentes na relação municipal, dos quais 48 (73,8%) foram prescritos pelos Médicos Brasileiros e 17 (26,2%) pelos médicos do PMM. Em 91 prescrições pelo menos um medicamento foi prescrito pelo nome comercial, sendo 81,3% (74/91) prescritos pelos Médicos brasileiros e apenas 18,7% (17/91) pelos médicos do PMM. Conclui-se que é necessário instituir no SUS medidas de sensibilização dos prescritores sobre a importância de uma prescrição clara, completa e precisa para trazer segurança durante o uso do medicamento e também mais estudos sobre o Programa “Mais Médicos”.

**Palavras-chave:** Medicamentos na atenção básica. Programa mais médicos. Segurança do paciente. Erros de medicação.

## ABSTRACT

FERREIRA, J. S. **Prescrições dispensadas na farmácia básica de um município do curimataú paraibano: completude e legibilidade das informações.** 2016. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2016.

Drug prescription is a legal document by which responsible prescriber and who dispense the drug, subject to the legislation of control and sanitary surveillance. To evaluate their quality indicators can be used, which are qualitative or quantitative measures to evaluate performance, detect problems and drive the solution. Additionally, they can be used in any aspect of the care chain: people, processes, equipment or health institutions, based upon this context, this study objective to analyze the medical prescriptions for patients who purchase medicines in basic pharmacy in the city of Cuité-PB. The sample consisted of prescriptions of residents the city, attended by physicians of the Program “Mais Médicos” (PMM) and Brazilian Physicians during the period 1 january to 30 june 2015. Of the 600 prescriptions analyzed, 390 (65%) physicians were Brazilian and 210 (35%) of the PMM. There was a signature difference ( $p < 0,005$ ) between the two groups in terms of completeness and readability, with the exeception of the item signature ( $p > 0,005$ ). 35% of prescriptions had no treatment time. The most commonly used abbreviations have been CP (45%) followed by CM (35%) and other (20%). 65 medicines were not present in municipal realationship, of wich 48 (73,8%) were prescribed by bazilian phisicians and 17 (26,2%) by physicians of PMM. In 91 prescriptions at least one medicine was prescribed by the trade name and 81,6% (74/91) prescribed by Brazilian physicians and 18,7% (17/91) by physicians of PMM. It is concluded that it is necessary to establish the SUS measures of sensitization of the prescribers about the important of a clear, complete prescription and need to bring security during the use os the medicine and also more studies about the Program “Mais Médicos”.

**Key words:** Medicines in primary care. More medical program. Patient safety. Medication errors.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Frequências observadas sobre completude de prescrições. ....	26
<b>Tabela 2</b> - Frequências observadas sobre legibilidade de prescrições. ....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

AF - Assistência Farmacêutica

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CRM - Conselho Regional de Medicina

DCB - Denominação Comum Brasileira

EA - Eventos Adversos

GGTES - Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde

IOM - Institute of Medicine

OMS - Organização Mundial da Saúde

PFB - Programa Farmácia Básica

PMM - Programa Mais Médicos

PNM - Política Nacional de Medicamentos

PSF - Programa Saúde da Família

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFCG - Universidade Federal da Paraíba

USF - Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 GERAL .....	13
2.2 ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	13
3.1 MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA .....	13
3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS .....	15
3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE .....	16
3.4 ERROS DE MEDICAÇÃO .....	19
3.4.1 ERROS DE PRESCRIÇÃO.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	23
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	23
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 AMOSTRA .....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	24
4.5 COLETA DE DADOS.....	24
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	25
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	31
REFERÊNCIAS .....	33
APÊNDICES .....	38
ANEXOS.....	41

## 1 INTRODUÇÃO

A prescrição medicamentosa é um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve e quem dispensa o medicamento (farmacêutico), estando sujeitos à legislação de controle e vigilância sanitários (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2004). Para avaliar sua qualidade, indicadores podem ser utilizados, os quais são medidas qualitativas ou quantitativas que avaliam desempenhos, detectam problemas e orientam a solução. Adicionalmente, podem ser empregados em qualquer aspecto da cadeia de assistência: pessoas, processos, equipamentos ou instituições de saúde (CASTRO, 2002).

A dispensação é uma atividade privativa do farmacêutico, considerado o momento em que o profissional tem a oportunidade de estabelecer um contato com a pessoa que vai utilizar o medicamento (ANGONESI, 2008). Nesse contexto, as farmácias comunitárias apresentam-se como estabelecimentos de saúde nos quais o referido serviço pode ser devidamente desenvolvido, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos e correlatos (CARVALHO et al., 2007).

Os medicamentos quando administrados erroneamente podem afetar os pacientes, e suas consequências podem resultar em prejuízos/danos, reações adversas, lesões temporárias, permanentes e até a morte do paciente, dependendo da gravidade da ocorrência (CARVALHO; CASSIA, 2007). Entre os fatores que ocasionam tais erros, destacam-se: letra ilegível ou ambígua na prescrição médica, separação pela farmácia de medicamento diferente da prescrição, erro na via de administração do medicamento e interação medicamentosa (PRAXEDES; TELLES; 2008). Embora os medicamentos sejam instrumentos indispensáveis na maioria das situações, para a recuperação da saúde eles não são isentos de risco e podem se tornar extremamente perigosos quando usados inadequadamente, o que os torna um grande problema de Saúde Pública mundial (OPAS, 2005).

Os eventos adversos preveníveis e potenciais relacionados a medicamentos são produzidos por erros de medicação e a possibilidade de prevenção é uma das diferenças marcantes entre esses e as reações adversas (ROSA; PERINI, 2003). A prescrição medicamentosa tem papel ímpar na prevenção destes eventos e, atualmente, sabe-se que prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas, bem como a falta de padronização da nomenclatura de medicamentos prescritos (nome comercial x genérico); uso de abreviaturas e

a presença de rasuras são fatores que podem contribuir com os eventos adversos (CASSIANI; FREIRE; GIMENES, 2003).

Os erros de medicação, como consequência de erros de prescrição, são ocorrências comuns e podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao Sistema Único de Saúde - SUS (ANACLETO et al., 2010).

Visto que, os erros de prescrição podem acarretar sérios danos aos pacientes devido à falta de clareza e de informações nas receitas, faz-se necessária a criação de mecanismos para tornar a prescrição o mais completa possível e, assim, facilitar a dispensação do medicamento, para que o usuário faça a sua administração de forma correta.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar as prescrições médicas para pacientes que adquirem medicamentos na Farmácia Básica, na cidade de Cuité-PB.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a legibilidade das prescrições;
- Identificar a completude de informações presentes nas prescrições;
- Verificar a prescrição de medicamentos conforme a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME);
- Identificar a prescrição de medicamentos de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- Comparar prescrições de médicos brasileiros com as dos médicos estrangeiros do PMM.

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 3.1 MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

O Brasil vem experimentado, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Neste contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como a universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade (ROSA; LABATE, 2005).

A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Nesse sentido, a ABS toma força na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a

Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde (BODSTEIN, 2002).

A distribuição de medicamentos na ABS é parte integrante do processo de prevenção, cura e reabilitação de doenças. Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade. Neste contexto, a ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público, principalmente através da ABS, exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e ao mesmo tempo minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e assim garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Na tentativa de melhorar o quadro de distribuição, vários programas especiais foram criados, entre eles o Programa Farmácia Básica (PFB), que objetivava racionalizar a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS. Este programa foi idealizado como um módulo padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename. Os módulos contavam com 48 medicamentos, necessários para atender às necessidades de um grupo de três mil pessoas por um período de seis meses. No entanto, devido a problemas decorrentes, principalmente, da centralização dos processos de programação e aquisição, que não correspondiam ao perfil de demanda das populações atendidas, o programa foi extinto em 1988 (CONSEDEY, 2000).

Em 1990 houve a reedição do PFB, semelhante ao modelo do programa anterior de mesmo nome, destinado somente a municípios de até 21.000 habitantes de todo o país, com exceção dos municípios dos estados de São Paulo, Minas Gerais e Paraná que já haviam iniciado um processo de reorganização da AF (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A nova edição trouxe estratégias como a organização da lista de medicamentos essenciais para facilitar o acesso aos medicamentos necessários para determinado município.

A lista de medicamentos essenciais é um instrumento de orientação das condutas clínicas e administrativas para medicamentos em determinado espaço político social. Sua adoção favorece a ampliação do acesso e contribui com a promoção do uso racional de medicamentos, na medida em que são incluídos apenas fármacos necessários para atender ao

perfil epidemiológico da população, e que atendam a requisitos que incluem comprovada eficácia, segurança, menor custo tratamento/dia e apresentação mais adequada ao manejo (TORRES; CASTRO, 2013).

A distribuição de medicamentos em qualquer nível de atenção à saúde é uma das atividades da AF. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 1998, definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo o abastecimento de medicamentos (seleção, programação e aquisição) com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (Brasil, 2007). A PNM também estabelece que a gestão da AF deva ser descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos (BRASIL, 1998).

### 3.2 PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Outra estratégia utilizada para fortalecer a ABS foi o programa “Mais Médicos” que é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. O programa foi criado em julho de 2013 por meio de medida provisória que foi convertida em lei em outubro do mesmo ano, após intenso debate junto à sociedade e tramitação no Congresso Nacional (BRASIL, 2015).

O programa foi instituído com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da



saúde da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do país e na organização e no funcionamento do SUS; estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS (CIVIL, 2014). O programa “Mais Médicos” se somou a um conjunto de ações e iniciativas do governo para o fortalecimento da Atenção Básica do país.

### 3.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "*o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual*". A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o "*risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável*". Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes (RUNCIMAN, 2009).

Resultados negativos em saúde foram relatados pelo *Institute of Medicine* (IOM) em 1999, que estimou entre 44.000 a 98.000 mortes por ano nos Estados Unidos devido a erros na assistência ao paciente. Desde então, os resultados ou desfechos em saúde têm sido objeto de estudo, pois estão relacionados diretamente à qualidade e à segurança do paciente. A segurança do paciente é definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar (VICENT, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o incidente em saúde é definido como uma circunstância que tem potencial para causar danos aos pacientes. A identificação de incidentes é um desafio, mas é sabido de sua importância para melhorar a segurança do paciente (TINOCO et al., 2011).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente em nível global, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo e contribuir para uma agenda mundial para a pesquisa no campo.

O Programa de Segurança do Paciente (*Patient Safety Program*) da OMS, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento. Dentre essas, destacam-se: cuidados de saúde às mães e aos recém-nascidos; cuidados de saúde aos idosos; eventos adversos (EA) relacionados a erros de medicação; frágil cultura de segurança, voltada ao processo de responsabilização pelo erro; competências e habilidades inadequadas entre profissionais de saúde; infecções associadas ao cuidado de saúde (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

No Brasil, a agência governamental que atua na área de segurança do paciente é a ANVISA, cuja finalidade é promover a proteção da saúde da população. Ações visando a segurança do paciente e a melhoria da qualidade em serviços de saúde, consonantes com as previstas pela OMS, vem sendo desenvolvidas no Brasil pela ANVISA por meio de sua Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES/ANVISA), as quais envolvem: I) a higienização das mãos; II) procedimentos clínicos seguros; III) a segurança do sangue e hemoderivados; IV) a administração segura de injetáveis e de imunobiológicos; e V) a segurança da água e no manejo de resíduos injetáveis e de imunobiológicos; (ANVISA, 2011).

O farmacêutico é responsável pela avaliação da prescrição que somente deveria ser aviada/dispensada se apresentasse as informações exigidas, tais como: nome e endereço residencial do paciente, forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento, data, assinatura e carimbo do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, ausência de rasuras e emendas, prescrição a tinta em português, em letra de forma, clara e legível ou impressão por computador, dentre outras (VALADÃO, 2009).

A implantação de um sistema de dispensação de medicamentos seguro, organizado e eficiente é essencial para a redução de custos e para assegurar que a prescrição médica seja seguramente cumprida. Desta maneira, um sistema de dispensação apropriado é um aliado importante na prevenção e na redução dos erros de medicação, uma vez que diminuem as

oportunidades de erros durante a dispensação das doses na farmácia (ANALETO; ROSA, 2005).

Verifica-se na literatura uma multiplicidade de abordagens à temática da segurança do paciente, as quais apresentam em comuns questões estreitamente relacionadas às políticas de qualidade em saúde. Nesse contexto, a qualidade em saúde é definida como o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis, de acordo com o conhecimento científico corrente (*INSTITUTE OF MEDICINE*, 1999). Os resultados desfavoráveis são os eventos adversos (EA) (REIS, 2013), os quais juntamente com as reações adversas, além de representarem um sério risco à saúde do paciente, também estão diretamente associados ao aumento de custos no serviço de saúde (KAWANO et al., 2006).

O risco de ocorrência de um evento adverso não é distribuído igualmente entre os pacientes e o mesmo indivíduo pode sofrer múltiplos eventos durante o período de internação hospitalar. Os principais fatores de risco associados a esses eventos são idade avançada, comorbidades, polifarmácia, uso inapropriado de medicamentos e ilegibilidade nas prescrições (CANO; ROZENFELD, 2009; MELO; SILVA, 2008; GIMENES et al., 2009).

Os eventos adversos preveníveis e potenciais relacionados a medicamentos são produzidos por erros de medicação e a possibilidade de prevenção é uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. A reação adversa a medicamento é considerada como um evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, e os erros de medicação são, por definição, preveníveis (ROSA; PERINI, 2003).

A segurança de pacientes é, portanto, a palavra chave e a incorporação de uma cultura de segurança dentro das organizações, embora seja uma recente na saúde, não é em outras áreas. A complexidade inerente ao processo de administrar medicamentos exige que o erro de medicação seja visto como um fenômeno multicausal, de abordagem multidisciplinar cujo enfrentamento envolve vários profissionais e assim cada um desses, usando conhecimentos específicos partilha da responsabilidade de prevenir erros, identificando e corrigindo fatores que contribuam para sua ocorrência (PADILHA et al., 2002).

O atual sistema de saúde não se encontra preparado para garantir a melhor segurança do paciente. O aumento da complexidade e a fragmentação da assistência, a rápida expansão do conhecimento médico, o aumento da utilização de tecnologia e a mudança das necessidades de assistência em relação ao diagnóstico e tratamento de problemas únicos e agudos para problemas de longa duração com múltiplas condições inter-relacionadas, estão

colocando novos desafios para os profissionais de saúde e as organizações de saúde. Conseqüentemente, os pacientes estão vivenciando riscos desnecessários (RALSTON; LARSON, 2005).

### 3.4 ERROS DE MEDICAÇÃO

Erro de medicação é qualquer evento evitável, que de fato ou potencialmente, pode ter sido causado devido ao uso inapropriado de medicamentos ou levar a um dano no paciente enquanto o medicamento está sob o controle dos profissionais de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, produtos, procedimentos e sistemas incluindo: prescrição, comunicação da prescrição, rótulo de medicamentos, embalagem e nomenclatura, composição, dispensação, administração, educação, monitoramento e uso do medicamento (ROSA; PERINI, 2003).

Desde o início do movimento da segurança do paciente, na década de 80 do século passado, notou-se que os erros de medicação representavam o tipo mais comum de erro assistencial, e vários grupos de pesquisa passaram a trabalhar no sentido de desenvolver formas que pudessem reduzir essas falhas e incidentes (BATES; GAWANDE, 2000).

Muitas vezes, os erros de medicação só são detectados quando as conseqüências são clinicamente manifestadas pelo paciente, tais como a presença de sintomas ou reações adversas após algum tempo em que foi ministrado o medicamento, alertando o profissional do erro cometido (CARVALHO; CASSIANI, 2002).

Os erros ocorrem em todas as fases do sistema de medicamentos: 39% dos erros ocorrem durante a prescrição, 12% na transcrição, 11% na dispensação e 38% durante a administração. Enfermeiros e farmacêuticos interceptam 86% dos erros de medicação relacionados a erros de prescrição, transcrição e dispensação, enquanto apenas 2% são interceptados pelos pacientes (LEAPE et al., 1995).

Segundo Bohomol e Ramos (2003), as causas dos erros de medicação segundo opinião da equipe de enfermagem foram destacadas: caligrafia médica inadequada, sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, distração, estresse, cansaço, desatenção durante a leitura da prescrição médica e unidades de internação tumultuadas dificultando a comunicação entre a equipe.

Considera-se que os eventos adversos resultantes de erros de medicação são potencialmente evitáveis, sendo a possibilidade de prevenção uma das diferenças marcantes

entre as reações adversas e os erros de medicação (KAUSHAL; BATES, 2001). Os eventos adversos relacionados a medicamentos e os erros de medicação são ocorrências comuns, impõem custos importantes ao sistema e são clinicamente relevantes. Os primeiros têm sido motivo de atenção e estudos nos países desenvolvidos, pois são os tipos de eventos adversos mais comuns relacionados à internação, afetam um grande número de pessoas e aumentam de forma importante os custos do sistema de saúde (LEAPE et al., 1991).

Dados do relatório do Instituto Americano de Medicina denominado *Err is human* e publicado em 2000 mostrou que os erros devido aos medicamentos ocasionam cerca de 7.391 mortes anuais de americanos nos hospitais e mais de 10.000 mortes em instituições ambulatoriais, aproximadamente metade desses erros terão relação à falta de informação sobre a correta dose; os restantes a erros na frequência e na via de administração. Cada paciente admitido num hospital sofrerá 1,4 erros na medicação durante sua hospitalização e a cada 1000 prescrições feitas se encontrarão 4,7 erros. Para cada 1000 dias de internação encontrar-se-á 311 erros e 19 eventos adversos à medicação (ou 530 erros para 10.070 prescrições). Em 5% das prescrições haverá erros na medicação e 0,9% destes resultarão em um evento adverso a medicamento (KOHN; CORRIGAN; DONALDS, 2000).

O sistema em que se desenvolve o medicamento é complexo, no qual atuam médicos, equipes da farmácia, e de enfermagem, que executam funções interdependentes. Dessa forma, uma falha em um dos processos, inclusive no de comunicação, poderá interferir no conjunto de atividades desenvolvidas, trazendo transtornos tanto a equipe quanto ao paciente e configurar-se em uma das causas de erro de medicação (SILVA et al., 2007).

Medicar pacientes depende de ações meramente humanas e os erros fazem parte dessa natureza, porém, um sistema de medicação bem estruturado deverá promover condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros, implementando normas, regras, ações, processos com a finalidade de auxiliar os profissionais envolvidos (MIASSO, 2012).

Portanto na ocorrência do erro deve se realizar uma investigação pronta e intensiva seguida por uma análise multidisciplinar do sistema para descobrir as causas próximas e sistêmicas dos erros. É baseada no conceito que embora os indivíduos errem, as características dos sistemas em que eles trabalham podem facilitar a ocorrência dos erros, o que é mais difícil de detectar e corrigir. Substitui-se assim a investigação pela culpa e o sistema é focalizado nas circunstâncias ao invés do caráter das pessoas (LEAPE et al., 1995).

### 3.4.1 ERROS DE PRESCRIÇÃO

A prescrição médica é um instrumento essencial para a indicação da terapêutica, devendo conter informações de identificação do paciente e do tratamento a ser utilizado, informando a dose, a frequência e a duração do tratamento adequado ao perfil e a condição de saúde do paciente (FARIAS et al., 2007). Segundo a OMS a falta de compreensão da prescrição é considerada uma importante razão para a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Problemas na compreensão das informações da prescrição são comuns nos serviços de saúde e suas causas podem ser atribuídas a uma linguagem complexa, informações desorganizadas ou implícitas e uma caligrafia inadequada, as quais tornam ilegível a informação escrita (MENEZES; DOMINGUES; BAISCH, 2009). Contudo, supõe-se que outros fatores como a quantidade de medicamentos, as classes farmacológicas, as formas farmacêuticas e os nomes dos medicamentos (se genérico ou não) presentes na prescrição poderiam influenciar na sua compreensão (CRUZETA et al., 2013).

A elaboração da prescrição medicamentosa não é fácil de dominar com proficiência, visto que é o resultado de uma série complexa de decisões que o profissional vai tomando durante a consulta, após entrar em contato com o paciente. Ela constitui documento legal pelo qual se responsabilizam o prescritor (médico, médico-veterinário, cirurgião dentista e farmacêutico [Resolução nº. 586/2013]), quem dispensa o medicamento (farmacêutico) e quem o administra (equipe de enfermagem), estando sujeitos às legislações de controle e vigilância sanitária (PEPE; CASTRO 2000; GONÇALVES, 2004).

O prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição de medicamentos que transmita de forma completa as informações para todos os profissionais que utilizam esse documento (CASSIANI et al., 2003). A Lei 5.991/73 estabelece requisitos que devem ser adotados durante a sua elaboração como: nome genérico do medicamento, posologia, forma farmacêutica, duração do tratamento, quantidade, identificação do prescritor, assinatura e data (BRASIL, 2003).

As prescrições com falta de muitos desses itens e a letra ilegível dos médicos levam a erros como troca de medicamentos e troca de dosagem. Portanto estudos que apontem quais são os erros mais frequentes em prescrições, podem nortear ações que visem diminuí-los, como também facilitar o trabalho dos profissionais que dispensam o medicamento (VALADÃO et al., 2009).

Erros de prescrição são definidos como “erro clinicamente significativo, de decisão ou de redação, não intencional, que pode reduzir a probabilidade do tratamento ser efetivo ou aumentar o risco de lesão do paciente, quando comparado com práticas clínicas estabelecidas e aceitas”. Os erros de decisão são relacionados ao conhecimento do prescritor, como erro na dose, prescrição de dois medicamentos com o mesmo fim, de medicamento não indicado para o paciente ou sem considerar insuficiência renal e hepática e outras. Já os erros de redação relacionam-se ao processo de elaboração da prescrição, tais como ilegibilidade, uso de abreviaturas confusas (UI), omissão de forma farmacêutica, concentração, via administração, intervalo, taxa de infusão, erro na unidade do medicamento e outros (DEAN; BARNER; SCHACHTER, 2000).

Apesar da informação acerca dos medicamentos constituírem uma condição básica para a adesão ao tratamento, não se tem prestado atenção suficiente no momento de seu fornecimento nas diversas situações de atendimento ao paciente, incluindo a consulta médica e a dispensação do medicamento em farmácias. Diante disso, diversas organizações internacionais, tais como a *World Health Organization*, *Health Action International* e a *Food and Drug Administration*, vêm alertando para a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais relacionados com o paciente e os medicamentos prescritos (SILVA et al., 2000).

De acordo com a Resolução nº. 357/01 (BRASIL, 2001) o farmacêutico é responsável pela avaliação farmacêutica do receituário e somente será aviada/dispensada a receita que apresentar as informações exigidas na resolução tais como: nome e endereço residencial do paciente, forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento, data, assinatura e carimbo do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional, ausência de rasuras e emendas, prescrição a tinta em português, em letra de forma, clara e legível ou impressão por computador, dentre outras (BRASIL, 2001).

Portanto, a prescrição é o instrumento no qual se apoia a dispensação. Deve cumprir aspectos legais contidos na Lei nº5991/73 e na resolução da ANVISA, nº10/01. O art. 35 da Lei 5991/73 estabelece que a receita apenas deva ser aviada se: estiver escrita a tinta, em vernáculo por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e sistema de pesos e medidas; contiver nome e endereço residencial do paciente; contiver descrito o modo de usar o medicamento; contiver a data e assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e nº de inscrição do respectivo Conselho Profissional (BRASIL, 1973).

Por todos estes fatores, torna-se essencial a presença do profissional farmacêutico para intermediar o processo de prescrição e recebimento do medicamento pelo paciente. No

Hospital Israelita Albert Einstein, implantou-se em 2001 a Central de Atenção à Prescrição (CAP), onde os farmacêuticos analisam a prescrição médica após a mesma ser transcrita pelo agente administrativo (transcritor) no sistema eletrônico. Esta análise consiste na verificação de aspectos como dose, frequência, via de administração, posologia, compatibilidades e alergias, com o objetivo de auxiliar o trabalho dos farmacêuticos clínicos durante o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente internado, identificando e prevenindo possíveis erros na prescrição, para assegurar o sucesso da terapia aplicada (SILVA, 2009).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada caracterizou-se como um estudo observacional, retrospectivo, com abordagem descritiva.

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Farmácia Básica localizada na cidade de Cuité-PB, com funcionamento de 7 horas, atendendo às prescrições dos pacientes do município. A farmácia conta com apenas um farmacêutico que analisa as prescrições antes da dispensação dos medicamentos.

### 4.3 AMOSTRA

A amostra foi constituída de prescrições de residentes do município de Cuité PB, atendidos por médicos do programa mais médicos e médicos nacionais durante o período de 1 de janeiro a 30 de junho de 2015. A farmácia básica recebe uma média mensal de 1800 prescrições. O número de prescrições a serem analisadas foi estabelecido após cálculo amostral, como se segue:

$$n = \frac{N}{(E/Z\sigma)^2 (N-1) + 1}$$



Onde:

$N = 1800$  (prescrições distribuídas)

$E = 0,1453$  (Margem de erro)

$\sigma = 1,00$  (Desvio padrão)

$Z = 1,96$  (Valor tabelado da distribuição normal para 95% de intervalo de confiança)

Dessa forma, deveriam ser analisadas no mínimo 165 prescrições, mas para possibilitar uma melhor verificação do perfil das receitas, foram avaliadas 600 prescrições. A seleção das prescrições foi feita mensalmente, sempre coletando 65 prescrições de médicos brasileiros e 35 de médicos estrangeiros do PMM.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Prescrição de usuários residentes nos municípios de Cuité-Pb (zona rural ou urbana), manuscrita ou digitada, atendido por médicos do programa mais médicos ou por médicos brasileiros.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pelo pesquisador a partir das prescrições arquivadas na farmácia e feita à análise das seguintes variáveis:

- Origem da prescrição, tipo de prescrição, tipo de preenchimento, médico, nome do paciente, data de expedição, assinatura do prescritor, carimbo, CRM, legibilidade e abreviaturas.

Para analisar a legibilidade das prescrições foi constituída uma comissão de avaliação com pessoas de diferentes níveis de experiência. A comissão foi composta por uma farmacêutica (maior experiência), pela pesquisadora desse estudo, concluinte de farmácia (experiência intermediária) e uma profissional de outro setor da saúde (nutricionista), com

menor experiência na área. Considerou-se legíveis as prescrições em que todos os itens foram identificados pelos três membros da comissão; ilegíveis quando algum item das prescrições não era identificado por um dos três membros, que então confrontavam os resultados, debatiam e concluíam como ilegível.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada uma planilha Excel contendo as variáveis analisadas e a análise descritiva foi realizada no sistema R, versão 14.0. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva, comparação de médias por meio de teste t de Student para medidas independentes, adotando-se  $p \leq 0,05$  e as associações das variáveis foram verificadas pelo teste do qui-quadrado.

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo foi garantido o anonimato dos pacientes e médicos conforme a Resolução nº. 466/12 (BRASIL, 2013) do Conselho Nacional de Saúde. Por se tratar de pesquisa envolvendo análise de prescrições médicas, ou seja, dados secundários, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e tem como número do CAAE: 50329215.2.0000.5575. Os pesquisadores solicitaram a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B) do responsável pela farmácia básica do município

### 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram coletadas 600 prescrições de pacientes que adquiriram medicamentos na farmácia básica do município de Cuité-Pb, sendo 390 (65%) de Médicos Brasileiros e 210 (35%) de médicos do Programa “Mais Médicos”. Do total de prescrições, 375 (62,5%) foram geradas nas Unidades Básicas de Saúde, 215 (35,8%) oriundas do hospital maternidade da cidade e apenas 10 (1,7%) do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ainda, 310 (51,6%) foram receitas de controle especial e 290 (48,4%) comuns. Em um município de Minas Gerais, Silvério e Gonçalves Leite (2010), a partir de dados coletados em Farmácia Básica, encontraram resultados semelhantes com 35% de receituários comuns, 36% de receituários de controle especial e ainda 29% de notificação de receita.

Na tabela 1 observam-se as frequências da completude das prescrições tanto dos Médicos Brasileiros como também dos médicos do PMM.

**Tabela 1.** Frequências observadas sobre completude de prescrições.

	Nome do paciente				
	Presente		Ausente		P
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	262	67,2	128	32,8	0,00
Programa “Mais Médicos”	207	98,6	3	1,4	

  

	Data de expedição				
	Presente		Ausente		P
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	371	95,1	19	4,9	0,01
Programa “Mais Médicos”	210	100,0	0	0,0	

  

	Assinatura				
	Presente		Ausente		P
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	370	94,9	20	5,1	0,09
Programa “Mais Médicos”	208	99,0	2	1,0	

  

	Carimbo				
	Presente		Ausente		P
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	359	92,1	31	7,9	0,01
Programa “Mais Médicos”	207	98,6	3	1,4	

Análise realizada por meio do teste do Qui quadrado.

Pelos resultados observados é possível dizer que existe diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as prescrições dos dois grupos estudados, com exceção do item “assinatura” ( $p > 0,05$ ). Percebe-se um cuidado maior na redação da prescrição quando o prescritor é do PMM, o que configura um dos benefícios alcançados, intrinsecamente ligado ao melhor cuidado ao usuário.

Em relação aos aspectos técnicos e legais, 67,2% das prescrições dos Médicos Brasileiros e 98,6% das prescrições dos médicos do PMM apresentavam o nome do paciente. Last et al. (2013) identificaram a presença do nome do paciente em 96,6% das suas prescrições, resultado bastante semelhante ao encontrado em relação aos médicos do PMM.

Em um estudo realizado por Valadão et al. (2008), 95% dos receituários médicos do SUS no município de Coronel Fabriciano apresentaram erros relacionados à redação da prescrição. Os erros encontrados foram: ausência de Carimbo e CRM, prescrição utilizando nome fantasia do medicamento, ausência de via de administração, ausência de forma farmacêutica e da concentração, ausência de tempo de tratamento e ausência de posologia. Segundo os autores, foi implantada tentativa de esclarecimento do profissional prescritor quanto à legislação vigente, entretanto, percebeu-se que não contribuiu para a diminuição dos erros nas prescrições. A ausência deste item pode dificultar a possibilidade de contato entre o farmacêutico e o paciente, em situações ocorridas depois da orientação em que esse se faça necessário.

As ausências de assinatura, CRM, carimbo do prescritor e data de emissão podem levar a fraudes e falsificações de prescrições, levando não apenas ao uso incorreto de medicamentos, mas também ao uso ilícito ou abusivo dos mesmos. Os resultados do presente estudo assemelham-se com o estudo de Mastroianni (2009) que identificou a presença da assinatura do prescritor em 99% das prescrições analisadas, em 84,1% estavam presentes o carimbo do prescritor e 87,4% continham a data de emissão.

A tabela 2 mostra as frequências da legibilidade das prescrições de ambos os grupos. Observa-se diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as prescrições dos dois grupos em todos os itens avaliados.

**Tabela 2.** Frequências observadas sobre legibilidade de prescrições.

	Data de expedição				
	Legível		Ilegível		p
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	360	92,3	30	7,7	0,00
Programa “Mais Médicos”	208	99,0	2	1,0	
	Posologia				
	Legível		Ilegível		p
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	303	77,7	87	22,3	0,00
Programa “Mais Médicos”	204	97,1	6	2,9	
	Identificação do médico				
	Legível		Ilegível		p
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	363	93,1	27	6,9	0,01

Programa “Mais Médicos”	208	99,0	2	1,0	
Identificação do paciente					
	Legível		Ilegível		P
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	351	90,0	39	10,0	0,00
Programa “Mais Médicos”	209	99,5	1	0,5	
Abreviaturas					
	Legível		Ilegível		p
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	313	80,3	77	19,7	0,01
Programa “Mais Médicos”	190	90,5	20	9,5	
Duração de tratamento					
	Legível		Ilegível		p
	n	%	n	%	
Médico Brasileiro	230	59,0	160	41,0	0,00
Programa “Mais Médicos”	170	81,0	40	19,0	

Análise realizada por meio do teste Qui quadrado.

A legibilidade fundamenta o cumprimento de dispositivos legais, os quais visam proteger o usuário em prol de um cuidado que viabilize o seguimento do tratamento farmacológico. Nesse aspecto, os médicos nacionais tendem a prescrever de maneira mais ilegível.

Para a legibilidade das prescrições, foram analisados os seguintes itens: data, posologia, identificação do médico, identificação do paciente, abreviaturas e duração de tratamento. Em relação à data, observou-se que 92,3% das prescrições dos Médicos Brasileiros apresentavam-se legíveis contra 99,0% de legibilidade do mesmo item quando se tratava dos médicos do PMM. O item posologia teve 77,7% de legibilidade nos receituários dos Médicos Brasileiros e 97,1% nos receituários dos médicos do PMM. Tratando-se do parâmetro identificação do médico obtiveram-se 93,1% de legibilidade nas prescrições dos Médicos Brasileiros e 99,0% médicos do referido programa. A identificação do paciente teve 90,0% de legibilidade para Médicos Nacionais e 99,5% para médicos do PMM. Abreviatura foi um importante item analisado, o qual teve legibilidade de 80,3% para os Médicos Brasileiros e 90,5% para médicos do programa da atenção básica. A duração de tratamento

teve como resultado de legibilidade 59,0% e 81,0% para Médicos Brasileiros e médicos do PMM, respectivamente.

Esses dados estão em desacordo com o art. 35 da Lei 5.991/73, para o qual somente será aviada a receita que estiver escrita em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais. Tentar deduzir a escrita de um profissional é um exercício arriscado que pode ser causa de erros de medicação, abrindo possibilidade para gerar danos ao paciente, inclusive, dependendo do medicamento e do paciente, até mesmo o seu óbito (GALATO et al., 2008).

A partir dos resultados encontrados, pode-se dizer que as prescrições dos médicos do PMM apresentam um grau de completude e legibilidade maior quando comparadas as dos Médicos Brasileiros.

Nas 507 prescrições legíveis, sobre o item posologia, foram prescritos 933 medicamentos, variando de 1 a 6 medicamentos por prescrição, resultando numa média de 1,84 medicamentos por prescrição, valor esse, semelhante ao encontrado por Bontempo et al. (2003) encontrou uma média de 1,95 medicamentos por prescrição. Das 507 prescrições, em 228 (44,9%) estava prescrito apenas um medicamento, 159 (31,4%) continham dois medicamentos, 79 (15,6%) apresentavam três medicamentos e 41 (8,1%) com quatro ou mais medicamentos prescritos.

Segundo Secoli (2010), o uso de cinco ou mais medicamentos é considerado polifarmácia e está associado ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, de causar toxicidade cumulativa, ocasionar erros de medicação, reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade.

Para complementar os achados relacionados à amostra, pode-se verificar que os médicos do programa mais médicos prescrevem melhor que os médicos nacionais, dado que a média de itens ausentes por prescrição e ilegíveis foi maior no segundo grupo ( $p=0,000$ ).

Um dado que merece destaque, devido à sua relevância, é o tempo de tratamento. Item ausente em 35% das prescrições. A ausência deste dado na prescrição pode levar à utilização do medicamento por um curto ou longo período de tempo, podendo acarretar gastos desnecessários, desconforto para o usuário, intoxicação medicamentosa ou mesmo a não obtenção dos efeitos terapêuticos desejados.

Quanto às abreviaturas, em estudo feito por Guimarães e Castro (2008), 97,26% das prescrições apresentavam abreviaturas. No presente estudo, as abreviaturas mais usadas foram

CP (45%) seguida de CM (35%) e outras\* (20%). Observou-se a inexistência de um padrão definido para o uso dessas siglas, sendo que nenhuma está de acordo com o siglário elaborado pela ANVISA, visto que, o mesmo usa COMP quando se trata de comprimido, por exemplo. Sabe-se que o uso de abreviaturas quando mal empregadas podem acarretar em equívocos de leitura ou de interpretação, levando ao uso inadequado dos medicamentos, pois uma abreviatura pode ter mais de um significado.

Quanto à prescrição de medicamentos da Relação Municipal, 65 não estavam presentes na relação, dos quais 48 (73,8%) foram prescritos pelos Médicos Brasileiros e 17 (26,2%) pelos médicos do PMM. A explicação para essa diferença pode ser em função de que os médicos do referido programa tendem a seguir a lista de medicamentos disponibilizados pelo município, afim de que os pacientes tenham acesso aos medicamentos e possam tratar sua doença. Outra explicação é que os medicamentos da lista podem também não ser o mais indicado para o tratamento de determinada doença o que leva a prescrição de um medicamento que não esteja contido na lista.

Em 91 prescrições pelo menos um medicamento foi prescrito pelo nome comercial, sendo 81,3% (74/91) prescritos pelos Médicos brasileiros e apenas 18,7% (17/91) pelos médicos do PMM, estando em desacordo com a RDC 16/2007 da ANVISA, cuja orientação é que todas as prescrições no âmbito do SUS devem ser escritas obrigatoriamente pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional (DCI). O uso de nomes comerciais pode acarretar em erros, pois o profissional dispensador pode se confundir ou, no caso de ausência do medicamento, realizar uma troca inadequada.

---

\* COMP; VOL; GTS; GS; VO; HS; XPE; SUSP; CX.

## 6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, observou-se que as prescrições dos médicos do PMM apresentam-se mais completas e legíveis quando comparadas as dos Médicos Brasileiros, um único item mostrou-se de forma não significativa, que foi o item “assinatura”, pois sua presença foi de 94,9% nas prescrições dos médicos Brasileiros e 99,0% nas prescrições dos médicos do PMM.

Foi visto que 44,9% das prescrições apresentaram apenas um medicamento prescrito e 31,4% apresentaram dois medicamentos na prescrição, isso mostra que menos da metade teve três ou mais medicamento. Constatando-se assim um pequeno grau de polimedicação nas prescrições do município, o que é muito satisfatório, visto que o uso de vários medicamentos propicia o risco no aumento de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), sendo estes vinculados com a farmacoterapia, o que interfere ou pode interferir nos resultados esperados de saúde do paciente.

As abreviaturas mais usadas foram CP (45%) seguida de CM (35%) e outras (20%), possibilitando promover um tratamento inadequado aos pacientes, por não serem padronizadas e de possíveis interpretações equivocadas. Observou-se ainda um elevado número de medicamentos pelo nome comercial ou prescritos fora da padronização do município. Esses problemas podem ser solucionados através da utilização de prescrições com abreviaturas padronizadas e legíveis, com nome completo (genérico) dos medicamentos, além da atualização da lista padrão de medicamentos ou atualização dos médicos sobre a lista padrão.

Quanto ao PMM, pode-se dizer que há uma carência muito grande de estudos relacionados ao programa, os quais seriam de grande valor, pois o conhecimento do mesmo pode fazer com que ocorra aproximação desses médicos com outros médicos e também com outros profissionais da saúde, trazendo benefícios para os pacientes e para os próprios profissionais, a partir das informações compartilhadas.

A etapa de prescrição é a primeira do ciclo de utilização do medicamento e é um importante contribuinte para o problema de erros de medicação, possuindo potencial para resultar em consequências adversas para o paciente. Os resultados desse trabalho sugerem que é necessário instituir no SUS medidas de sensibilização dos prescritores sobre a importância de uma prescrição clara, completa e precisa para trazer segurança durante o uso do medicamento. A falta de determinadas informações nas prescrições avaliadas traduz a



necessidade de educação continuada dos prescritores e adoção de medidas para a melhoria da qualidade das prescrições.

## 7 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Segurança do paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. **Boletim Informativo**, v.1, n.1. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 09 de março de 2015.

AGUIAR, G; DA SILVA, L.A; FERREIRA, M.A.M. Ilegibilidade e ausência de informação nas prescrições médicas: fatores de risco relacionados a erros de medicação. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 0, 2006.

ANACLETO, T.A. et al. Erros de Medicação. **Farmácia Hospitalar**. In: Farmacovigilância: como implantar. Pharmacia Brasileira. 2010. Disponível em: <[www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/.../encarte\\_farmaciahospitalar.pdf](http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/.../encarte_farmaciahospitalar.pdf)>. Acesso em: 05 de março de 2015.

ANACLETO, T.A; PERINI, E; ROSA, M.B. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar. **Clínicas**, v. 60, n. 4, p. 325-332, 2005.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, p. 629-640, 2008.

BATES, D.W; GAWANDE, A.A. Erro na medicina: O que aprendemos? **Minnesota Medical Association**, v. 132, n. 9, p. 763 – 767, 2000.

BATES, D.W. et al. A incidência de eventos adversos e eventos adversos potenciais: implicações para a prevenção. **Jama**, v. 274, n. 1, p. 29-34, 1995.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 401-12, 2002.

BONTEMPO, V.L. et al. Análise das prescrições geradas pelas equipes do PSF e das Unidades de Atendimento Imediato, em dois distritos sanitários do município de Contagem/MG. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 11, n. 2, p. 17-24, 2003.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erros de medicação - causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 16 n. 2, p. 41-8. 2003.

BRASIL, Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 19 de dezembro de 1973. 152º da independência e 85º da república.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 357/01 de 20 de abril de 2001. Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, 20 abr. 2001.

BRASIL. Legislação Municipal. Portaria SMS.G nº 2.693, de 12 de dezembro de 2003. Normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal. **Diário Oficial da Cidade**, São Paulo, SP, 12 de dezembro de 2003. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6342>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2015.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm207/gm.htm>>. Acesso em: 13 de março de 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>. Acesso em: 14 de março de 2015.

CAMARGO, S.A.E.Bauer et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 272-6, 2007.

CANO, F. G; ROZENFELD, S. Adverse drug events in hospitals: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 360-372, 2009.

CARVALHO, R. E; CIRILO, H. N. C; SOUZA, D. F; NOGUEIRA, I. A. L; EFFING, C.; FALEIRO, L. C. Avaliação de fatores indutores a erros de dispensação em prescrições médicas do Hospital das Clínicas da UFG. **Rev. SBRAFH**, v. 14, 2007.

CARVALHO, V.T; CASSIANI, S.H.B. Erros na medicação e consequências p a medicação e consequências p a medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: gem e clientes: gem e clientes: um estudo expl um estudo expl um estudo exploratório. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 523-9, 2002.

CASSIANI, S.H.B.; TEIXEIRA, T.C.A. & OPITZ, S.P. et al. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. *Revista Escola de Enfermagem*, 39 (3): 280-287, 2003.

CASSIANI, SH de B.; FREIRE, C.C; GIMENES, F. R. E. A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 51-60, 2003.

CASTRO, C. G. S. O. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. 1ª reimpr. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2002.

COSENDEY, M.A.E et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000.

CIVIL, C. PROGRAMA " MAIS MÉDICOS". **Arquivos do CRM-PR**, v. 31, n. 124, 2014.

CRUZETA, A.P.S et al. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3731-3737, 2013.

DE SOUZA, P.V.P. Análise da completude de prescrições médicas dispensadas em uma farmácia comunitária de Fazenda Rio Grande-Paraná (Brasil). **acta farmacêutica bonaerense**, v. 25, n. 3, p. 454-9, 2006.

DEAN, B.; BARBER, N.; SCHACHTER, M. Prescrição de erro? Qualidade em Saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 57, n. 3, São Paulo, 2000.

FARIAS, A.D; C, M.A.A; MEDEIROS, A.C.D; BELÉM, L.F; SIMÕES, M.O.S. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB.Rev. **bras. epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 149-156, 2007.

GALATO, D et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Rev. Bras. Ciênc.Farm**, v. 44, n. 3, p. 465-475, 2008.

GIMENES, F.R.E.; TEIXEIRA, T.C.A.; SILVA, A.E.B.C.; OPTIZ, S.P.; MOTA, M.L.S.; CASSIANI, S.H.D.B. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.4, p. 380-84, 2009.

GONÇALVES, L.V.L. A prescrição medicamentosa. In: Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica. 3ª edição. Rio de Janeiro: **Guanaba Koogan**. 2004.

GUIMARÃES, A.G.; CASTRO, V.S. Avaliação das Prescrições Dispensadas em uma Unidade Básica. **Lat. Am. J. Pharm**, v. 27, n. 4, p. 543-7, 2008.

KAUSHAL, R.; BATES, D.W. Computerized Physician Order Entry (CPOE) with Clinical Decision Support Systems (CDSSs). In: SHOJANIA, K.G.; DUNCAN, B.W.; McDONALD, K.M.; WACHTER, R.M., (Eds). **Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.

KAWANO, D.F et al. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los. **Rev. Bras. Ciênc. Farm**, v. 42, n. 4, 2006.

KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDS, M.S, editors. Errar é humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro. Washington (DC): **National Academy Press**; 2000.

KOZER, E et al. As variáveis associadas a erros terapêuticos em medicina de emergência pediátrica. *Pediatria*, v. 110, n. 4, p. 737 – 742, 2002.

LASTE, G et al. Análise de prescrições médicas dispensadas em farmácia no sistema único de saúde. *Revista HCPA*, v. 33, n. 1, p. 15-25, 2013.

LEAPE, L.L; BRENNAN, T. A; LAIRD, N.; LAWTHERS, A. G; LOCALIO, A.R; BARNES, B. A. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.*, v. 324, n. 6, p. 377-84, 1991.

MASTROIANNI, P.C. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev. Ciênc. Farm. Bás. Apl*, p. 173-176, 2009.

MELO, A.B.R; SILVA, L.D. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. *Esc. Anna. Nery.*, v. 12, n. 1, p. 166-72, 2008.

MENEZES, A.P.S; DOMINGUES, M.R; BAISCH, A.L M. Compreensão das prescrições pediátricas de antimicrobianos em Unidades de Saúde em um município do sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, v. 12, n. 3, p. 478-489, 2009.

MIASSO, A. I. et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev escola enfermagem USP*, v. 40 n. 4, p. 524-532, 2006.

OLIVEIRA, L.C.F; ASSIS, M.M.A; BARBONI, A.R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. *Cienc Saude Coletiva*, v. 15, n. Supl 3, p. 3561-7, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Opas. 2005.

PADILHA, K.G; KITAHARA, P. H; GONÇALVES, C. C. S; LAURENTI, A.C. Ocorrências iatrogênicas com medicação em unidades de terapia intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 36, n. 1, p. 50-7, 2002.

PEPE, V.L.E; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, Jul/Set.2000.

PRAXEDES, M.F.S; FILHO, P.C.P.T. Identificação de erros no preparo e administração de medicamentos pela equipe de enfermagem e das ações praticadas pela instituição hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 4, 2008.

RALSTON, J.D; LARSON, E.B. Crossing to safety: transforming healthcare organizations for patient safety. *Jour. Post.medic*, v. 51, n. 1, p. 61, 2005.

REIS, T. C.; MARTINS; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7. 2013.

ROSA, M.B.; PERINI, E. Erros de medicação: Quem foi? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n. 3, p. 335-41, 2003.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, 2005.

RUNCIMAN, et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Intern. Jour. Qual. Heal. Car**, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2009.

SECOLI, R. S. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-40, Jan./Fev. 2010.

SILVA, A.M.S. Erros de prescrição médica de pacientes hospitalizados. **Einstein (São Paulo)**, v. 7, n. 3, p. 290-4, 2009.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P. & MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cad. Saúde Pública**, 16 (2): 449-455, 2000.

SILVÉRIO, M.S; LEITE, I.C.G. Qualidade das prescrições em município de Minas Gerais: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 56, n. 6, p. 675-80, 2010.

TINOCO, A.; EVANS, R.S; STAES, C.J; LLOYD, J.F; ROTHSCHILD, J.M; HAUG, P.J. Comparison of computerized surveillance and manual chart review for adverse events. **J. Am. MedInform. Assoc.**, v.18, n. 4, p. 491-7, 2011.

TORRES, R.M; PEPE, V.L.E; CASTRO, C. G. S.O. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cader. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 188-196, 2013.

VALADÃO, A. F. et al. Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição. **Rev. Bras. Farm.**, v. 90, n. 4, p: 340-343, 2009.

VALADÃO, A.F.; FIRMINO, K. F.; MOREIRA, A.L.P. Estudo das prescrições de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano - MG, quanto aos preceitos legais. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 4, p. 298-301, 2008.

VIEIRA, et al. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Cien. Saude Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VIEIRA, V.A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Revista da FAE, Curitiba**, v. 5, n. 1, p. 61-70, 2002.

VINCENT, C. Segurança do paciente. Orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: **Editora Yendis**; 2009.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE ANUÊNCIA

### TERMO DE ANUÊNCIA

A Farmácia Básica de Cuité está de acordo com a execução do projeto "Prescrições dos médicos nacionais e do programa mais médicos dispensadas na farmácia básica de um município do curimataú paraibano: aspectos legais e indicadores de racionalidade", coordenado pelo pesquisador Rodrigo dos Santos Diniz, desenvolvido em conjunto com a aluna Jéssica Silva Ferreira da Universidade Federal De Campina Grande - UFCG, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Cuité, 08 de Dezembro de 2015

Marcos Klyton Macedo dos Santos Pereira  
Assinatura e carimbo do responsável institucional

Marcos Klyton M. dos S. Pereira  
Farmacêutico/Bioquímico  
CRF-Pis. 4186



## APÊNDICE B - DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DTCLE)

### DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DTCLE)

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de consentimento livre e esclarecido do projeto de pesquisa intitulado "Prescrições dos médicos racionais e do programa *mais médicos dispensados na farmácia*", com a seguinte justificativa: *básica de um município de economia parafarmácia: aspectos legais e indicadores de racionalidade.*

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional com coleta retrospectiva usando prescrições de janeiro a dezembro de 2014 recebidas na farmácia básica de Cuité-PB.

Atenciosamente,

Cuité, 23 de julho de 2015.

*Jessica Silva Ferreira*  
Pesquisador responsável

  
Diretor do Centro de Estudos  
Méd. SIAPE 337288

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com o Pesquisador (a) Responsável pelo telefone 83 33721979/1900 ou pelo e-mail [rodrigo.diniz@ufcg.edu.br](mailto:rodrigo.diniz@ufcg.edu.br) e [jessica.silvaferreira@hotmail.com](mailto:jessica.silvaferreira@hotmail.com). Endereço (Setor de Trabalho): Universidade Federal de Campina Grande, Rua Olho D'água da Bica, S/N, Cuité-PB.

**ANEXOS**

**ANEXO A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO CEP**

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA	
<b>- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
<p><b>Título da Pesquisa:</b> PRESCRIÇÕES DOS MÉDICOS NACIONAIS E DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS DISPENSADAS NA FARMÁCIA BÁSICA DE UM MUNICÍPIO DO CURIMATAU PARAIBANO: ASPÉCTOS LEGAIS E INDICADORES DE RACIONALIDADE</p> <p><b>Pesquisador Responsável:</b> Rodrigo dos Santos Diniz</p> <p><b>Área Temática:</b></p> <p><b>Versão:</b> 2</p> <p><b>CAAE:</b> 50329215.2.0000.5575</p> <p><b>Submetido em:</b> 14/12/2015</p> <p><b>Instituição Proponente:</b></p> <p><b>Situação da Versão do Projeto:</b> Aprovado</p> <p><b>Localização atual da Versão do Projeto:</b> Pesquisador Responsável</p> <p><b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio</p>	
	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_542678	